



XLIX Legislatura

DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 906 de 2022

Carpeta Nº 1469 de 2021	Comisión Especial de población y desarrollo

---

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

Modificación de los artículos 25 y 31 de la Ley Nº 19.167

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 2 de junio de 2022

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Cecilia Cairo.

Miembros: Señoras Representantes Claudia Hugo, Cristina Lústemberg, Gerardina Montanari, Ana María Olivera Pessano y Carmen Tort y señores Representantes Hugo Cámara, Álvaro Dastugue, Jorge Larrañaga Vidal, Daniel Peña, Martín Sodano y Nicolás Viera Díaz.

Invitados: Señor Profesor Adjunto (Grado 3) de Derecho Civil de la Facultad de Derecho de la UdelaR, doctor Horacio Bagnasco.

Señor Director de la Clínica Suizo Americana, doctor Roberto Suárez.

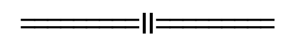
Señora Directora del Centro de Reproducción Humana, doctora Rita Vernocchi.

Señor Director del Centro de Esterilidad Montevideo, doctor Gerardo Bossano, acompañado por la doctora Dana Kimelman.

Señor Presidente de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida del Ministerio de Salud Pública, doctor Rafael Aguirre, acompañado por las doctoras Virginia Chaquiriand y María José Salessi.

Secretaria: Señora Ma.Cristina Piuma Di Bello.

Prosecretaria: Señora Lourdes E. Zícari.



SEÑORA PRESIDENTE. (Cecilia Cairo).- Ahora vamos a recibir a la segunda delegación, porque si la gente espera mucho para ser recibida, se molesta.

(Ingresa a sala el doctor Horacio Bagnasco)

——La Comisión tiene mucho gusto en recibir al profesor adjunto, Grado 3, de Derecho Civil de la Facultad de Derecho de la Udelar, doctor Horacio Bagnasco.

Seguramente, habrá recibido la documentación correspondiente al tema que estamos analizando. Por lo tanto, le vamos a solicitar que nos diga qué piensa sobre este proyecto de ley.

SEÑOR REPRESENTANTE PEÑA (Daniel).- Quiero hacer una introducción breve.

Agradezco al doctor Bagnasco por su presencia, ya que suspendimos la citación tres veces. Por eso quería agradecerle especialmente.

Básicamente, lo convocamos teniendo en cuenta el lugar que ocupa y porque en otro tiempo la Universidad participó en un problema planteado por una joven pareja de veinticuatro años de edad que había enfrentado este tema. Obviamente, a lo que nosotros aspiramos al contar con la opinión de un entendido en la materia es a salvaguardar las libertades y la igualdad de todos los uruguayos ante la ley.

No sé si fue usted quien intervino en ese caso, pero leímos que la Universidad había asistido a una pareja de veinticuatro años porque a los pocos días de casarse a la mujer le habían diagnosticado cáncer de útero, le retiraron óvulos y la vaciaron a los cuarenta y cinco o cincuenta días. Lo que sucedió fue que cuando quisieron comenzar la técnica de reproducción les dijeron que estaba esta prohibición. Por lo tanto, lo único que pretende este proyecto es que haya un organismo al cual asistir y al cual puedan presentarse este tipo de casos; por eso queremos contar con una visión jurídica del tema.

SEÑOR BAGNASCO (Horacio).- Muchas gracias. Para mí es un honor dar una opinión y ayudar en algo con respecto a este tema.

Este tema, por lejos, es el más complejo dentro de la fecundación asistida. Yo siempre digo en clase que este es uno de los temas que identifico como jurídicamente incómodo o -por ir a algo que se dice todos los días- que tiene el síndrome de la frazada corta. ¿Por qué? Porque son muchos los derechos comprometidos y uno nunca encuentra una solución que sea del todo cómoda desde el punto de vista jurídico.

¿Cuándo hay una solución cómoda desde el punto de vista jurídico? Cuando uno se abraza con alma y vida a la solución y la defiende frente a cualquier problema. Para eso, normalmente, en lo que hace al razonamiento jurídico, uno va eligiendo opciones dentro de los diversos caminos: legislar o no legislar; prohibir o permitir; permitir con condiciones o no, que es donde empieza el hilado más fino de la legislación. Entonces, cuando a uno le dicen "¿Qué opinas de esto?", uno dice, con una sonrisa, "Opino esto". ¿Por qué? Porque después meses y años de estudiar determinado tema se llega a tener la convicción de cual es la mejor solución. Sin embargo, en este tema no es así.

Cuando uno se mete en la gestación subrogada, la maternidad subrogada, o en el alquiler de vientre -que es la expresión que más le duele a cualquiera que analice este tema-, uno ve una serie de complejidades que nunca terminan teniendo solución.

Por ejemplo, el diputado Peña planteó el caso concreto de una pareja que quiere acceder a la maternidad y encaja perfectamente en esta situación, porque ella no puede gestar por sí misma ya que se le realizó una operación. Por lo tanto, se trata de una incompatibilidad adquirida, no genética ni originaria. Sin duda, es imposible no sensibilizarse con esa situación porque se trata de una pareja joven que tiene todo para

dar, que quieren ser padres; por lo tanto, hay que encontrar una solución. El problema es que cuando uno lleva eso a la ley tiene que pensar: "No voy a resolver el caso de esta pareja, sino que de pronto voy a abrir una puerta a un montón de cosas a las que les voy a tener que decir sí o no". Digo esto porque después de que la ley abre la puerta existe la posibilidad de que se terminen aprobando cosas que, filosóficamente, en un inicio, no se querían aprobar.

¿Estoy siendo claro?

SEÑOR PRESIDENTA.- Sí.

SEÑOR BAGNASCO (Horacio).- Lo de la gestación subrogada barre con uno de los principios del derecho romano más caros en materia de filiación. No me refiero al derecho romano por viejo, por histórico o porque lo haya ejercido, sino porque está en la base de toda nuestra legislación de filiación. Claro, han pasado algunos siglos, y las técnicas han evolucionado muchísimo; a los romanos no se les planteaba este tema.

De todos modos, la máxima del derecho romano en materia de filiación es que la madre siempre es cierta, y lo primero que hacemos con el fenómeno de la gestación subrogada, precisamente, es destruir esa presunción. En realidad, vamos a tener una madre gestante, una madre genética -porque normalmente el gameto lo aporta otra donante o la propia beneficiaria, por decirlo de alguna manera, de la técnica de reproducción asistida- y una madre legal. Entonces, esa disociación, primero que nada, nos trae el elenco de sujetos comprometidos desde el punto de vista jurídico que la técnica ingresa, a lo que hay que agregar, ni más ni menos, que el producto, que es el ser humano que nace en ese momento; el ser que se gesta y nace.

Entonces, esto no es porque uno diga: "¡Ah, no!". Tampoco quiero que me entiendan mal. No es empezar a plantear las complejidades del tema para decir: "No, sobre esto que no se legisle". Ese es el error más grande; es el error que cometió Napoleón en su momento con el concubinato en el código napoleónico. Cuando a Napoleón le preguntaron por qué no se legislaba el concubinato, él dijo: "Así como los concubinos miran para el costado con respecto al derecho, el derecho los ignora a ellos". Todos sabemos que a nadie se le ocurre hoy, en el siglo XXI, pensar una legislación moderna que no contemple el concubinato. ¿Por qué? Porque es una realidad social y, como tal, genera efectos jurídicos. Nosotros no podemos deshacer la técnica y si hay clientes para la técnica, necesariamente, es preferible legislarla. Lo que yo digo de las dificultades es, precisamente, para que se tenga presente lo delicado que es este tema. Y como les manifestaba al inicio, es un tema incómodo jurídicamente, porque cuando uno dice: "Voy a legislar este caso", está tirando la frazada hacia un lado, pero deja descubierto un montón de otros lados.

En cuanto a la modificación concreta del artículo 25 y a lo que planteaba el señor diputado Daniel Peña, estoy totalmente de acuerdo; de hecho, lo hemos estudiado y hemos publicado con algunos colegas que la norma puede ser, inclusive, hasta inconstitucional, que no es una discriminación lógica; porque sin demasiada profundización sobre el tema queda claro cuál es la finalidad de restringir quién puede ser la madre subrogante. Eso -aunque no sé si el legislador lo tuvo en plena conciencia- implica seguir el orden lógico: legislo, ¿qué camino elijo? Elijo prohibir. En principio, nuestra ley de reproducción asistida prohíbe -en forma técnica un poco carente- la subrogación. Lo que la norma dice, en realidad, es que el contrato es nulo. Esa no es una prohibición; de hecho, no necesitaba decirlo.

Tradicionalmente, la doctrina ha dicho que el alquiler de vientre -en su denominación más grosera, más tosca- es nulo. ¿Por qué? Por objeto ilícito. El servicio que se ofrece no

es un servicio en el comercio de los hombres. Uno no puede ofrecer el servicio de alquilar el vientre porque el cuerpo humano, en principio, no es objeto de contrato. El resultado compromete también la moral pública. Como decíamos, el resultado es la obtención de un hijo. Y la finalidad última de ese contrato, la ejecución de ese contrato es: el hijo nace y yo lo entrego a otro que va a ser padre o madre.

Ya con la legislación anterior a la aprobación de la ley, era un contrato nulo. La ley, expresamente, decide establecer que es nulo el contrato. En realidad, no solo es nulo el contrato; se cometen varios delitos en el camino, entre otros, la simulación de estado civil. ¿Por qué? Volvemos al tema inicial. Tenemos un hijo, un ser humano que comienza su vida y, como tal, debe ser registrado. Ahí entramos con el problema. Quien utilizó algunos de estos mecanismos sin el amparo legal, necesariamente, termina en un delito, que puede ser una adopción fraudulenta, una inscripción de un hijo natural que no es tal o algún certificado de nacimiento falso. Laberintos jurídicos para intentar darle una pátina de juridicidad a un hecho ilícito hay miles. Obviamente, cuando el legislador toma un tema como este quiere que exista un camino legal y que se cumpla.

El artículo 25, en lo que hace a la modificación, me parece adecuado. ¿Por qué? Porque, en definitiva, lo que pretende es -tomando el ejemplo que el diputado Peña dio en la presentación- que esa mujer que sufrió a los veinte y pocos años una operación de vaciamiento por un tema de salud esté en las mismas condiciones, tenga hermana o no tenga hermana. Parece bastante acorde a lo que nuestra Constitución establece cuando reconoce el principio de igualdad. Ahora bien, lo que hay de fondo en esta norma es que evitemos que esto se transforme en algo comercial; es decir, que alguien viva de alquilar su cuerpo o que alguien abuse de su poder económico y encuentre a una persona pobre que frente a una necesidad tenga que alquilar su cuerpo. Creo que esa es la filosofía que se debe respetar en esta norma porque se inserta en una ley que tiene esa filosofía, la de la prohibición de la gestación subrogada.

En muchos lugares del mundo esto no se ve con ese criterio, y se permite perfectamente arrendar un vientre. Y desde esa óptica, hay mucha gente de dinero que utilizando su poder económico viaja a esos lugares y vuelve con un hijo. Ese es otro tema que escapa a lo que el legislador tuvo como principios fundadores para aprobar ese capítulo de la Ley Nº 19.167.

En cuanto al artículo en concreto, el primer inciso es que el marca de alguna forma la nulidad de los contratos. El segundo, que es el que se modifica, era el que antes decía que se podía siempre y cuando se recurriese a un pariente consanguíneo de segundo grado.

Ahí tengo una diferencia de interpretación. La interpretación se ha manejado en doctrina y se ha discutido; no se ha presentado ningún caso. Inclusive, el fundamento del proyecto habla de recurrir a la madre, por ejemplo, como gestadora subrogante. El proyecto, en concreto, habla de "segundo grado" no "hasta segundo grado". Lo cual me da la sensación -no es por ponerse en restrictivo- de que es la hermana, la cuñada o la hermana del concubino la que puede gestar en subrogación, no la madre, porque esta sería de primer grado, es ascendente. Esta es la forma en que divide el Código Civil los grados del parentesco, lo cual acota más todavía; sin perjuicio de las valoraciones personales o a nivel psicológico. ¿Dónde lo altruista comienza a ser una gran fuerte de traumas y de relacionamiento complejos? Porque estamos hablando de una tía que sufre la gestación y que después debe sentirse tía y no madre. Fíjense que todo lo que tiene que ver con la coparticipación de seres humanos en un proceso de gestación, normalmente, se hace en el anonimato. Los donantes son anónimos. ¿Por qué? Porque el donante puede tener un momento de altruismo perfecto, pero después esos niños

crecen, son bonitos y no se termina de generar esa idea de "me desapego" tan fácil. Por eso digo que siempre es mejor que el donante sea anónimo, desconocido, y que solo se sepa el origen cuando es necesario solucionar algún problema genético.

Lo que intentó el legislador fue evitar la comercialización, la finalidad de lucro detrás de una gestación subrogada. A mi entender, el inciso segundo debería incluir textualmente que el acuerdo es gratuito; hoy no lo dice. Lo que dice es: "Exceptúase de lo dispuesto precedentemente, únicamente la situación de la mujer cuyo útero no pueda gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas" -hasta ahí estoy totalmente de acuerdo- "pudiendo la pareja acordar con otra mujer". Lo del acuerdo debe ser específicamente en forma gratuita; eso lo debe decir el texto porque, si no, están abriendo una puerta peligrosísima.

SEÑOR REPRESENTANTE PEÑA (Daniel).- Quiero hace una consulta.

En el espíritu de la ley y en los artículos anteriores lo dice expresamente. ¿Debería ponerse nuevamente?

SEÑOR BAGNASCO (Horacio).- Lo que pasa es que cuando hablamos de la hermana o de la cuñada no decía nada de que tenía que ser gratuito. Me da la sensación de que cuando se abre el elenco, es esencial establecer que es gratuito. ¿Por qué? Porque además esto lo va a revisar, por mandato del artículo 31, la comisión que crea la propia ley, y va a tener que establecer eso especialmente. Si uno quiere impedir que esto se transforme en un comercio, debe establecer que eso tiene que ser gratuito. Además, eso es lo que va a habilitar a analizar los antecedentes de la relación que existe entre esta gestadora altruista y aquella persona que se siente necesitada; de lo contrario, es abrir la puerta a algo que -a mi entender- va a ser muy difícil de controlar. De alguna forma, uno está modificando la puerta de entrada a la excepción, pero tiene que trancar por todos lados para que eso no sea un carnaval y que pase toda la comparsa por ahí.

El artículo continúa diciendo: "[…] pudiendo la pareja acordar con otra mujer, la implantación y gestación del embrión propio".

Quiero hacer otra observación de texto. Si bien del contexto y sobre todo el inciso tercero surge que el caso de la mujer sola también está contemplado por la redacción que dice" "pudiendo la pareja acordar con otra mujer", me parece que no cambia nada agregarle "o la mujer sola"; si no, puede ser que el caso se entienda no autorizado. Hay dos posibilidades para que se dé la gestación subrogada: la pareja -que puede ser en matrimonio o concubinato- o la mujer sola. A mi entender, en este inciso segundo de la redacción actual, la mujer sola no está habilitada expresamente a acceder a esa otra mujer que no tendría por qué ser su hermana. Para decirlo claramente: solucionaría el caso de la Facultad que el señor diputado Peña hablaba, pero no solucionaría el caso de la mujer sola, si ella estuviera separada de su marido o concubino o viniera a hacerlo por sí misma. ¿Queda claro? Para mí debería hacerse otro ajuste.

Creo que está bien que se mantenga el tema de que el embrión sea propio. Esto es fundamental para mantener el elenco acotado. Lo que se tiene que evitar de alguna forma es que la madre gestadora sea también la que aporta el gameto femenino; de eso no me cabe duda.

Yo creo que lo primero que deberían pensar en esta situación -en relación a eso que yo les digo de "abrir las puertas"- es si no tendrían que resolver algunos de esos problemas anexos que se generan por el uso o el mal uso. Traduciendo: esto es la excepción. El primer inciso nos dice, en forma imperfecta, que en principio está prohibido. Aterricémoslo a tierra. ¿De qué se está cuidando el legislador acá? De la que recurre a la gestación subrogada por esnobismo -"qué linda moda"-, por no padecer las

complicaciones que tiene el embarazo, por no perder la figura. Eso se descarta, porque obviamente el exceso de superficialidad no es lo que quiere proteger el legislador. Entonces, partimos de la base de que la excepción son los problemas de salud. Con esto, el legislador le pone sello a una discusión que se dio doctrinariamente y que se sigue dando si efectivamente existe un derecho a procrear. Evidentemente, esta es una posición positiva del legislador. Sí existe un derecho a procrear, por eso hay derecho a acceder a este tipo de técnica extrema, que genera, inclusive, algún conflicto de filiación si no se resuelve desde el punto de vista legislativo. Ahora bien, el ingreso en esta excepción, nos lleva a esa puerta que, como yo les decía, se empieza a ensanchar, y nos lleva, por efecto reflejo, a que la prohibición de que los contratos son nulos, en principio, cae para las excepciones. Esto es: necesariamente va a haber un contrato válido. ¿Cuál? El que pasa por las excepciones. Y tanto va a haber un contrato válido, que esa es la fuente de filiación. ¿Por qué la madre después de nueve meses de embarazo da a luz y entrega a su hijo? Porque hay un contrato que la obliga. Entonces, ese contrato va a ser válido. Esto parece una obviedad, pero lo primero que tenemos que pensar cuando esto empieza es -por eso les decía lo del tema incómodo- qué pasa si el contrato no se cumple, si la señora se emperra y dice: "No, ahora que nació, es precioso, es mío y me lo quedo". En principio, con la puerta tan angosta, que fuera la hermana, había un espacio como para resolverlo casi en un tira y afloje. Pero acá vamos a tener situaciones muy diversas; por ejemplo, el altruismo basado en un vínculo afectivo muy importante -todos somos humanos- puede cambiar, por eso es que se firma un contrato que va a ser válido. Debemos prever qué pasa si se incumple, por ejemplo, porque la señora no quiere entregarlo. Además: ¿la señora que está gestando pierde su derecho a abortar dentro los primeros tres meses del embarazo? Por ejemplo, a esta señora le puede surgir una oferta para trabajar en el extranjero que no piensa descartar y terminar la gestación le implicaría perder esa oportunidad. Es humano pensar que se le va a plantear, por lo menos, un dilema: cumplo o no cumplo el contrato. ¿Por qué les digo yo que estas son cosas que hay que resolver legislativamente? Porque hay que dar herramientas a los jueces para que, de alguna forma, si se llega a plantear ese conflicto, sepan cómo lo tienen que resolver, no solo a través del instinto de qué le parece más o menos justo. Ahí entramos nuevamente con el ejemplo de la frazada corta. Si lo vemos del lado de la mujer, podría decir: "Yo me ofrecí a esto porque en este momento, considerando tu situación, lo podía hacer; ahora no voy a perder la oportunidad de mi vida por vos. Volvé a contratar a otra". Y la mujer que contrató le va a decir: "No; a ver: es mi única oportunidad de ser madre; vos no podés ser tan egoísta y ahora decidirte".

Vuelvo a decir que es un tema terriblemente incómodo. Me da la sensación de que, como legisladores, deberían ver de alguna forma qué soluciones dan a ese tipo de situaciones porque son las que pasan en el mundo. Los conflictos se dan, justamente, con el producto terminado. Ese es el gran tema. O también por qué quiero interrumpir la producción del producto. Obviamente, la palabra "producto" está dicha en forma irónica. Disculpen por eso, lo que sucede es que tengo una hija chica de 14 años y permanentemente me dice: "Papá: no todo el mundo entiende la ironía", sin embargo, me parece correcto decirlo. En este caso específico, cuando hablamos de producto, hablamos de una persona, y estas personas están debatiéndose para definir quiénes son sus padres y cuál va a ser su futuro. Todo el mundo decidió qué se va a hacer con ese niño sin preguntarle nada, obviamente. Además, está la contracara de esto: "Si hubiésemos tenido la oportunidad de preguntar, no estarías acá". Es bastante filoso, pero las decisiones tienen que estar. Lo más incómodo de este tema es, justamente, que no es evidente cuál es el mejor camino. Me da la sensación de que es responsabilidad del legislador establecer cuáles son las reglas con las que se va a resolver ese tema en el sentido de si el contrato se cumple o no y cómo se garantiza o cómo se puede obligar a

ese cumplimiento. Por ejemplo, una de las soluciones puede ser que quien en uso de su autonomía de la voluntad acepta gestar, en principio y de buena fe tiene que aceptar renunciar a lo que sería un derecho fundamental de acuerdo a lo que en la normativa actual se consagre. Esto es: establecer una nueva excepción a la norma, es decir, todas las mujeres pueden abortar dentro de los primeros tres meses, pero tú no. ¿Por qué? Porque firmaste un contrato que tenés que cumplir. De pronto ello depende de otros derechos fundamentales o la vida que estás gestando no es tuya. En realidad, es la vida del sujeto que está en gestación, pero cuyos padres son otras personas. A veces hasta duele decirlo. Es incómodo hablarlo, pero es la realidad. Esto implica mover una pestañita de la ley y abrir la puerta. Si me preguntan a mí, este camino es mejor que lo que hay hoy; es más peligroso. No sé si he sido claro.

SEÑOR REPRESENTANTE PEÑA (Daniel).- Eso era lo que nos interesaba saber, en el entendido de que lo que estamos haciendo es, simplemente, abrir una puerta; es lo mismo que sucede actualmente, lo que cambia es que sea hermana o no, y aportamos a la igualdad ante la ley. Todo el resto le sigue faltando a la ley.

SEÑORA PRESIDENTA.- Ha sido muy clara su exposición.

De todos modos, después lo conversaremos entre nosotros y, si usted no tiene inconvenientes, lo convocaremos para hacerle más preguntas. Reitero que ha sido muy claro, muy esclarecedor en cuanto a lo que significa esta ley, en lo que nos estamos metiendo y cuáles son las dificultades.

Agradecemos muchísimo su presencia, pero tenemos más invitados a quienes no queremos hacerlos esperar.

SEÑOR BAGNASCO (Horacio).- A las órdenes y muchas gracias.

(Se retira de sala el doctor Horacio Bagnasco)

(Ingresa a sala el doctor Roberto Suárez, director de la Clínica Suizo Americana)

SEÑORA PRESIDENTA.- Damos la bienvenida al doctor Roberto Suárez, director de la Clínica Suizo Americana, a quien pedimos disculpas por la espera. La verdad es que nos hemos atrasado con los invitados. El doctor Suárez también comentará sobre el proyecto de ley presentado.

SEÑOR SUÁREZ (Roberto).- Gracias por la invitación; no estuve esperando mucho pues solo fueron quince minutos. Estacionar acá fue más problemático que lo que esperé.

Con respecto al proyecto de ley de reformulación del artículo 25 de la Ley N° 19.167, sobre la subrogación uterina, analizando el tema, puedo decir que es algo que tiene que existir

El útero subrogado es un problema real, que existe en el mundo entero, no solo en el Uruguay. Hay todo un grupo de pacientes que requiere una solución. Por ejemplo, hay pacientes que tienen una alteración genética hereditaria, que no tienen útero, genéticamente ya no lo tienen, desde un inicio, nacen sin útero, tienen una agenesia uterina o, por ejemplo, se realizan una histerectomía, se les quita el útero a una edad temprana. Recordemos que hoy hay una sobrevida importante en las patologías oncológicas. Hoy existe todo un mundo luego de que una paciente se cura de un cáncer, y una de las curas quirúrgicas en ginecología muchas veces es la histerectomía, la extracción del útero. Ni qué hablar que si esa paciente quiere un embarazo luego, en una vida posterior a ese tratamiento oncológico, va a requerir un útero. También hay pacientes que, no se sabe por qué, pierden su embarazo uno tras otros. La medicina reproductiva es una medicina que tiene muchas dudas; tenemos muchas incógnitas, hay

cosas que no podemos resolver. Hay capítulos en la medicina reproductiva que no se han terminado de estudiar correctamente, como el gran capítulo de la fecundación. Muchas veces no sabemos con exactitud qué pasa en la unión de los óvulos y los espermatozoides. No hay muchos diagnósticos en esas situaciones.

Lo que es importante saber es que hay pacientes que pierden sus embarazos uno tras otro y que hacemos todo el esfuerzo para que esa paciente no los pierda, desde indicar reposos hasta tratamientos médicos increíbles, pero las pacientes pierden sus embarazos. Entonces, llegamos a una conclusión: el órgano uterino es también muy trascendente en mantener el embarazo desde un inicio y no solo en contenerlo.

Tenemos una ley de reproducción muy buena funcionando desde hace seis o siete años, que solucionó muchos problemas a nivel reproductivo y del accionar de los centros de reproducción porque antes no había marco legal. Por lo tanto, uno podía hacer las cosas -o no hacerlas- según su saber y entender, pero no había un marco legal para hacerlas ni tampoco que nos proteja a quienes hacemos estos tratamientos, que muchas veces son polémicos, y tienen una sensibilidad muy marcada. El útero subrogado, ¡ni qué hablar! Es un tratamiento que desde el punto de vista técnico es muy sencillo; desde el punto vista técnico es común y corriente y lo hacemos todos los días. Es una fertilización *in vitro*, una transferencia de embriones al útero de una paciente sana. Por lo tanto, no hay problemas técnicos ni dudas técnicas ni se piensa en tratamientos que podrían ser muy costosos. Es decir, no estamos agregando una complejidad técnica. El análisis importante es si el artículo 25 de la ley colmó las expectativas de los pacientes o no. Yo creo que no las colmó del punto de vista de la llegada y de la accesibilidad a este tipo de tratamiento.

Sigo diciendo que lo único que tiene la ley en cuanto a reproducción son cosas positivas, pero creo que con el andar de los tratamientos, con el desarrollo de la medicina reproductiva, que tiene un alto nivel en Uruguay, con buenos números, hay cosas que se podrían perfeccionar.

El útero subrogado es un problema en el mundo entero. No son muchos los lugares en que se permite una libertad total para realizar estos tratamientos, hacer una transferencia a una paciente que quizás no tiene nada que ver con esa pareja, que recibe embriones de gametos que no son de ella, que debe mantener un embarazo, dar a luz -a través de un parto o una cesárea- y, de inmediato, entregar ese producto a los que genéticamente son sus progenitores. Por lo tanto, es un tema complejo. Si uno lo ve así, los técnicos no podemos caer en el facilismo de decir "soluciónenlo, y ya está". No; debe ser un tema complejo. Y es tan complejo que a nivel nacional, a los cinco o seis años en que comenzó a funcionar la ley, han sido muy pocos los tratamientos por úteros subrogados realizados, podemos contarlos con los dedos de una mano. También han sido muy pocas las autorizaciones solicitadas a la comisión honoraria de salud pública que, teóricamente, tendría que indicar la viabilidad o no de un caso que un médico presenta para ver si es viable.

Entonces, la primera pregunta que nos debemos hacer es: si existe el problema y nosotros, los técnicos, vemos que constantemente tenemos casos de este estilo, que hay pacientes que muchas veces ven sus vidas frustradas por el tema de la maternidad -uno de los temas es que no tienen acceso para solucionar su problema reproductivo; el número no lo puedo decir con precisión, pero constantemente vemos en las consultas pacientes que tenemos dudas que sean candidatas para un útero subrogado-, ¿por qué hemos solicitado tan pocas posibilidades de realizar un tratamiento de útero subrogado a esa comisión? Alguna explicación tiene que haber, pues las pacientes existen. Creo que es complejo conseguir a aquella paciente que específicamente se determina en el

artículo 25 de la ley. Lo único que permite esa norma es si la paciente está en condiciones de llegar a un útero subrogado porque la indicación médica existe, y su madre, su hermana o su cuñada son sanas y viables para tener un embarazo; ahí existe alguna posibilidad. Por supuesto que, previamente, debe hacerse un análisis del caso por parte de la Comisión.

Creo que tenemos cuatro, cinco, seis o siete casos -son muy pocos- que fueron estudiados por esa comisión en tantos años. Por lo tanto, si en cinco, seis o siete años se han hecho en Uruguay más de doce o trece mil fertilizaciones *in vitro* y tenemos unos poquitos casos solicitados para útero subrogado es porque debe haber alguna problemática. Estoy convencido de que parte de la problemática es que es muy difícil que la paciente que necesita el útero subrogado pueda ceder tan fácilmente a su madre, a su hermana o a su cuñada. Lo he vivido: es difícil encontrar una paciente que tiene una madre de 45 años, 50 años, 52 años o 53 años, sana y que esté dispuesta a llevar el embarazo de su hija -porque, en realidad, es eso-; o conseguir una hermana que lo pueda soportar, porque muchas veces ellas tienen su propia patología y, por lo tanto, no lo pueden hacer. Creo que ahí hay un elemento que genera una traba a estos tratamientos. Sé que no es sencillo; sé que es difícil. Si no es una paciente con esos vínculos, ya hay que comenzar a analizar remuneraciones o viáticos para una paciente que se presta para esa situación, lo cual también es complicado. Jurídicamente, también debe ser muy complejo cómo solucionar el problema del nacimiento y dar el hijo a quienes son los dueños de esos gametos o de esos embriones, como ustedes los quieren llamar. Yo sé que es complejo, pero el problema existe y no le estamos encontrando solución.

También creo que tiene que hacerse mucho más ágil el análisis de los organismos que tienen que dar su opinión sobre si el caso es viable o no; me refiero al análisis de la comisión honoraria a nivel de Salud Pública, que debería ser más ágil. También creo que para que esa comisión sea más ágil debería tener un representante de cada centro de reproducción, que no somos tantos. Centros de reproducción habilitados en el Uruguay que hagan alta complejidad, somos tres. Somos los que hacemos los tratamientos, los que cargamos con el problema, los que vivimos con el problema, además de ser los responsables luego de ese problema, de esa pareja. Por lo tanto, también sería recomendable que cada uno de los centros tenga representación a nivel de esa comisión para que sea más ágil el análisis de estos posibles tratamientos.

Concretamente, creo que si se pudiera cambiar el universo de ese familiar de segundo grado que indica el artículo 25 de la ley, sería el inicio de la solución. Si se pudiera hacer un análisis más práctico, ágil, rápido y ejecutivo de cada uno de esos casos, también sería parte de la solución, pero no soy ajeno al problema que ustedes tienen. No me quiero convertir en el técnico que viene a pelear por el problema que él ve y se olvida de los demás. ¡No! Yo sé que es un problema complejo y que jurídicamente no debe ser fácil de solucionar, pero es un problema que existe.

Accesoriamente a este problema, tenemos que entender que en caso de encontrar soluciones, vamos a ser de los pocos países en el mundo que permiten una solución más universal para esta patología, para esta situación. Eso va a generar sus cosas buenas y también su problemática. Por lo tanto, hay que entenderlo así.

También es verdad que la ley fue tan buena que dio una solución importante al homosexualismo femenino. Hoy por hoy, una pareja homosexual femenina está muy contemplada en la ley y, por suerte, podemos dar solución a esas parejas. Todavía hay un colectivo que va de la mano con el problema del útero subrogado, que es el homosexualismo masculino. Aquella pareja homosexual masculina que desee un

embarazo va a tener que recurrir a un útero subrogado. Bueno, viene también de la mano esa problemática. Quizá se puedan establecer escalones para ver cómo se solucionan los problemas acorde a la complejidad de cada situación. Sin embargo, creo que hoy urge solucionar el universo del familiar de segundo grado -eso es lo importante- y el acceso rápido a la Comisión, de modo que los médicos tengamos ese estímulo para decir: "Podemos hacer estos tratamientos".

SEÑOR REPRESENTANTE PEÑA (Daniel).- Voy a ser breve porque hay varios invitados esperando y ya estamos atrasados.

En base al análisis que hace el doctor, quiero realizar una consulta concreta que deseo que conste en la versión taquigráfica. Usted dijo que el problema existe y que hay muy pocos casos que se plantean en el Uruguay, pero no hay pocos casos que se solucionen desde el Uruguay. Entonces, la pregunta concreta es la siguiente. ¿Cuántos casos hay de subrogación, aunque no sepa cuántos específicos? Tengo entendido que existen muchos más casos de subrogación que hoy se solucionan fuera del país por medio de personas pudientes. Quiero que me responda a esa interrogante. Básicamente, esos casos se terminan resolviendo en el exterior.

Además, deseo conocer cuántas de las parejas que habilitó la ley y que hoy financia el Estado, por no tener dinero, no subrogan fuera del país porque no tienen las mismas condiciones, es decir, no cuentan con hermanas. ¿Qué pasa con todos esos embriones que hoy quedan en clínicas como la suya -o como otras que nos van a visitar después de usted-, en las que el Estado hizo una inversión importante, se ingresa a un proceso que genera embriones que luego la ley prohíbe y no sé si quedan en las clínicas? ¿Se tiran luego de un tiempo o ese proceso se frustra en base a que esa pareja no puede conseguir el dinero para subrogar fuera del país?

Asimismo, me gustaría tener una breve visión sobre cuál es el nivel de éxito hoy, teniendo en cuenta la edad en la que comienzan los procesos de técnica de reproducción asistida. Además, ¿este es un problema que se da de forma importante? Sabemos que si bien hay mucho éxito, también hay mucha gente que podría contar con otro camino para solucionar sus problemas.

SEÑOR SUÁREZ (Roberto).- Para responder al señor diputado también voy a tratar de ser bastante breve.

Como usted dice, cuando se requiere un útero subrogado en el Uruguay, la solución de la pareja que tiene dinero es irse al exterior. Hay algunos lugares: algunos estados de Estados Unidos, Portugal, Georgia y Ucrania, aunque ahora está en guerra. Hay algunos lugares en los que estos tratamientos son totalmente reglamentados y libres. Hay que pagar un dinero importante. Yo he tenido algunas pacientes que han ido y que han tenido éxito, aunque han vivido un calvario. La última que tengo es una paciente que le hice una fertilización *in vitro*. Se trata de una abogada a quien le transferí seis veces embriones de ella -embriones de una excelente calidad-, que logró el embarazo en dos oportunidades, pero los perdió. En otras oportunidades, no lo lograba. Tenía un factor uterino muy claro. Fue a Georgia, pagó aproximadamente -por lo que ella me contó- US$ 70.000. Fue todo un calvario. Estuvo hace cuarenta días allá y encontró algunas cosas irregulares que le llamaron mucho la atención. Pudo lograr traer su hijo, pero la experiencia de ella fue que nunca más lo haría ni que nunca más iría. Se vio muy insegura, muy desprotegida, a pesar de que pagó un dineral.

Son tratamientos que todos ustedes han visto. En las redes sociales se conoce lo que la gente se va a hacer en Estados Unidos. Estamos hablando de costos muy

trascendentes. El que tiene aproximadamente US$ 100.000, lo logra; el que no los tiene, no lo va a lograr, por lo menos acá en el Uruguay.

La cifra de pacientes que requiere estos tratamientos no se lo voy a contestar con exactitud porque no tengo números hechos. Sin embargo, cabe aclarar que todas las semanas estoy viendo a alguna paciente que requeriría un útero subrogado.

Con respecto a los embriones de parejas que transferimos y pierden, es un problema. El tema de los embriones vitrificados congelados, por supuesto, es un problema, primero, ético y moral porque tenemos embriones formados, guardados, que probablemente esté decidido que no los vamos a utilizar ni a transferir porque el útero de esa paciente no sirve. Entonces, ¿qué hacemos con esos embriones? Están guardados hasta que el paciente decida descartarlos o tomar alguna otra solución. Esto quiere decir que tener embriones también genera problemas al no poder transferirlos. Es un problema.

Con respecto a la última parte de la pregunta del señor diputado Peña, en cuanto al éxito de estos tratamientos, debo decir lo siguiente. Hoy, los tratamientos de reproducción implican utilizar una técnica sumamente exitosa. Más o menos, la mitad de las parejas logran el objetivo, siempre que hablemos de la transferencia de embriones. Sin embargo, si tuviésemos que decir cuál es la clave del éxito de estos tratamientos, sería la edad de la paciente y su reserva ovárica. La mujer no deja de perder calidad ovárica a los treinta y cinco años, como se dice. La calidad ovárica en las mujeres empieza a disminuir aproximadamente a los veintisiete o veintiocho años; allí empieza a haber una caída de la reserva ovárica. Por lo tanto, va de la mano la tasa del embarazo con la edad de la paciente. Hoy, las pacientes -porque trabajan, porque tienen responsabilidades, por su profesión, por lo que sea-, muchas veces, comienzan la carrera para conseguir su embarazo en forma tardía. Entonces, el problema se acrecienta. Esto es lo que puedo decirle con respecto a su pregunta.

SEÑOR REPRESENTANTE PEÑA (Daniel).- Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Le agradecemos su comparecencia. Seguramente, si nos queda alguna duda, volveremos a consultarlo.

SEÑOR SUÁREZ (Roberto).- Gracias a ustedes.

Estoy a la orden para lo que ustedes necesiten.

(Se retira de sala el doctor Roberto Suárez, director de la Clínica Suizo Americana)

(Ingresa a sala la doctora Rita Vernocchi, directora del Centro de Reproducción Humana del Interior)

SEÑORA PRESIDENTA.- La Comisión tiene el agrado de recibir a la doctora Rita Vernocchi, directora del Centro de Reproducción Humana del Interior.

Como sabe, estamos considerando un proyecto de ley, y la idea es pedir información a los distintos invitados para saber qué piensan sobre el cambio propuesto para el artículo 25 de la Ley Nº 19.167.

SEÑORA VERNOCCHI (Rita).- El tema que tenemos para tratar hoy refiere al útero subrogado.

Soy directora científica del Centro de Reproducción Humana del Interior -trabajamos desde 1997, desde el siglo pasado- y ex presidente de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana. Fui la primera mujer presidente de la Sociedad.

Ustedes deben manejar la definición, pero se conoce a la gestación subrogada por nombres que no son los adecuados. Estamos hablando de un tratamiento de medicina

reproductiva por el que una mujer accede a llevar el hijo de otros para ayudar a aquellas personas que no pueden tener hijos de otra manera. A la mujer que va a llevar ese embarazo la llamamos "gestante" y a los futuros padres "padres comitentes" o "padres intencionales".

Es un tratamiento de reproducción asistida. ¿En qué consiste este tratamiento? Nosotros tenemos que atender a esta pareja, A los futuros padres, y obtener espermatozoides del compañero y óvulos de la mujer. Para que ello suceda, tenemos que hacer una fertilización *in vitro*. Hay que estimular a esa mujer para, en el momento adecuado, extraer sus óvulos. Luego, se ponen a fertilizar esos dos gametos -como figura acá; verán que traje los dos gametos, por las dudas- y, una vez que obtenemos el embrión, lo transferimos a la mujer gestante.

Esto, para nosotros, tiene una incidencia muy baja. Ese es un dato muy importante. En la literatura que estuve buscando se habla de uno cada cuatro mil quinientos nacimientos, pero eso también depende de la normativa de cada país. La nueva ley -para nosotros- ha sido muy importante. Es una buena ley -ya no es tan nueva- en el área de la medicina reproductiva, pero hay cosas que tenemos que ir mejorando y que se han visto durante su funcionamiento.

Técnicamente, el procedimiento, para nosotros -que trabajamos en medicina reproductiva-, no es complejo: es como una fertilización *in vitro* convencional, solo que se transfiere el embrión a otra mujer. Hay que preparar ese útero para que esté receptivo a ese embrión.

Es la técnica de reproducción asistida que genera mayores problemas en su regulación. Técnicamente no hay problema, pero en la regulación tenemos problemas porque están los futuros padres por un lado, la madre gestante por el otro, y siempre surge la pregunta de qué va a pasar con ese niño. Todas esas regulaciones tienen que quedar bien determinadas antes de realizar el procedimiento.

Este útero subrogado está permitido en un montón de países Y también está permitido en el nuestro. Esta legislación acepta la realización de útero subrogado, solo que limita mucho la posibilidad de que se realice y, por lo tanto, en realidad, no se han realizado. Antes de la ley, nosotros no aceptábamos estos tratamientos porque entendíamos que tenían problemas legales que nosotros no podíamos solucionar. Una vez que la ley se implementó -se aprobó en 2013 y empezó a funcionar en 2015-, empezamos a ver la opción de parejas que nos venían a buscar por este tema. En realidad, tuvimos dos casos que cuadraban dentro de las opciones de útero subrogado. Ninguno de los dos fue aprobado por la Comisión; los dos casos fueron negados. Ninguna de las dos opciones se pudo realizar. Una, porque no tenía hermana ni cuñada y quería presentar una prima, pero no se podía. En el otro caso, la cuñada que presentaba la paciente tenía una alteración que le podía ocasionar riesgos importantes en caso de embarazo con este tipo de tratamiento o por sus propios medios. Por lo tanto, los dos casos fueron rechazados.

La legislación varía en cada país. ¿Qué se toma en cuenta? Condiciones o requisitos para realizarla, quiénes pueden realizarla -es decir, qué centros están habilitados-, cómo se establece la filiación del menor -una de las cosas más importantes- y los derechos y obligaciones de los padres de intención y de la gestante.

La filiación de los padres es diferente según los distintos países. En España se produce después del nacimiento; en Estados Unidos, Canadá y Grecia, por sentencia judicial; en Rusia, Georgia y Ucrania -aunque no creo que ahora lo estén haciendo-, mediante un proceso administrativo.

Cuando yo era chica, padres podía haber varios, pero madre una sola. Hoy, la realidad cambió; la sociedad cambió. Por un lado, tenemos la maternidad genética, que es la mujer que aporta sus genes para ese futuro niño. Por otro lado, tenemos la maternidad biológica: es la mujer que lleva adelante ese embarazo, aunque no necesariamente es la que aporta los genes. Por último, tenemos la maternidad legal, es decir, aquella madre que legalmente se hace responsable por la crianza de ese niño hasta su mayoría de edad.

Se trata de cambios a nivel de la sociedad en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud reconoce este tratamiento como posible, y eso también es muy importante.

Acá, vamos específicamente a lo que es nuestra ley y qué datos importantes tenemos en ella.

Una cosa importante de nuestra legislación -en la que nosotros estamos de acuerdo- es que se indique o se realice solamente cuando existe una indicación médica. No es porque la mujer no quiera embarazarse, sino porque no puede. En ese caso, la mujer no puede embarazarse y es una indicación médica.

El segundo caso es quién puede llevar ese embarazo. Nuestra legislación lo permite en segundo grado de consanguinidad, es decir, en hermanas o cuñadas de la futura madre. Eso es muy limitado porque no solamente tiene que tener hermana o cuñada, sino que además deben aceptar llevar adelante el tratamiento o deben poder realizarlo por alguna causa médica. Si corre riesgo la paciente no se le puede hacer.

Una de las cosas que establecieron es que, como mínimo, uno de los gametos tiene que ser de los futuros padres. No pueden ser óvulos donados y semen donado. Uno de los gametos tiene que ser de los padres.

La Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida es la que evalúa cada caso. Más o menos, deben haber entrado unos nueve o diez casos. Solamente uno se aprobó, pero no se hizo todavía porque es muy limitada en las indicaciones.

¿Cuándo consideramos que hay imposibilidad de gestar? Por ejemplo, cuando la mujer no tiene útero -porque nació sin útero o porque tenía y se lo tuvieron que sacar por un problema médico-, cuando tiene malformaciones uterinas -es decir, si ese útero no permite un embarazo-, cuando tiene miomatosis múltiple -o sea, cuando tiene múltiples fibromas en todas las paredes del útero que dificultan que se distienda y que pueda llevar adelante el embarazo-, en los casos de fracaso de fertilización *in vitro* -esto es bastante más discutible- y cuando existe una contraindicación médica de embarazo. Por ejemplo, la mujer -futura madre- tiene una insuficiencia renal importante o tiene una insuficiencia cardíaca y, de embarazarse, correría riesgo su vida y también la del niño porque se perdería el embarazo. Por lo tanto, están pautadas las indicaciones para que se pueda realizar el tratamiento.

Cuando vemos el artículo 26, que es el relativo a la suscripción al acuerdo, otro dato importante que queda totalmente aclarado es que la participación de la gestante debe ser gratuita, pero no necesariamente la hermana o la cuñada pueden hacerlo porque a veces también quieren tener intereses económicos; esa es otra realidad. Me parece que analizando punto por punto, tal vez tenga una amiga muy cercana y querida que pueda ayudarlos en ese caso.

El artículo 27, que es el de la filiación del recién nacido, es muy importante para el futuro de ese niño y por toda la parte de trámites legales. Sin embargo, algo que en la ley no se tiene en cuenta es qué pasa con la madre que tiene ese embarazo, o sea que tiene

el parto de ese niño: ¿le corresponde licencia por maternidad aunque la madre lo da? ¿A los padres que reciben ese niño les corresponde, como pasa con la mujer que adopta? Esto también tiene que estar pautado antes de realizar los procedimientos.

Para tomar una paciente como posible gestante debe ser, como decíamos, hermana o cuñada de la madre de intención; tener plena capacidad civil; ser mayor de edad; acreditar aptitud física y psíquica; no aportar sus gametos y no haberse sometido a un procedimiento de gestación por sustitución más de dos veces. A nivel internacional, se autorizaría hasta tres casos; es lo mismo que pasa cuando una mujer dona óvulos: puede donar hasta cinco veces en su vida y tres en un mismo año. Eso también tiene que estar pautado. Otro tema es haber dado a luz un hijo propio, lo cual es muy importante porque todas las que estamos acá que hemos tenido hijos sabemos el vínculo que se genera con la madre y con ese niño. Me refiero al vínculo afectivo y las modificaciones psicológicas que genera el embarazo. Por eso, sería importante que esa mujer ya haya vivido su maternidad y tenga un hijo propio como para encarar y entender mejor qué es lo que está haciendo. También es necesario tener un asesoramiento y una evaluación psicológica previa. La parte psicológica es clave tanto para los posibles padres como para la madre gestante y debe estar específicamente detallado.

Los criterios para la inclusión de los padres son: tener plena capacidad civil; uno de los padres debe aportar sus gametos, salvo razones médicas que lo justifiquen, que se deben analizar en la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida; tener imposibilidad de gestar o llevar a término un embarazo por razones de salud -es clave y se reitera el tema de "por razones de salud"- ; contar con evaluación psicosocial previa, y a nivel mundial, hacerse cargo de las contingencias que puedan derivarse de la gestión por sustitución. Eso es algo que tampoco se menciona, pero ¿quién se hace cargo de la atención médica de esa futura gestante y de los gastos que signifique el embarazo para esa mujer, por ejemplo, que se requiera hacer un estudio o que se le indiquen vitaminas? Hay un montón de cosas que pueden suceder y eso también debería estar pautado. En algunos países se pide un seguro médico para cubrirse durante el embarazo. Estamos hablando de nueve meses y de un procedimiento que puede ser un parto o una cesárea, que también debe estar pensado.

Tengo acá algunos puntos, que no son conclusiones: que la madre gestante no reciba ventaja económica -eso es algo prioritario- ; que la mujer de la pareja no sea apta para asumir la gestación -en este caso, reiteramos, debe ser por indicación médica- ; que la pareja comitente aporte el embrión o al menos uno de los gametos -eso fue lo que vimos como en el procedimiento de fertilización *in vitro-,* y que la mujer gestante cumpla una serie de requisitos, que son edad, salud psicofísica y toda una serie de estudios que se debe realizar, como los exámenes de valoración general y de enfermedades transmisibles, que deben estar pautados por seguridad de la gestante y de la pareja.

La imagen anterior se refiere a la cantidad de veces que una mujer puede prestarse a hacer ese procedimiento. Internacionalmente, hay un límite de tres.

También hay que tener en cuenta las soluciones en caso de incumplimiento contractual, en el supuesto de que la madre de sustitución no quiera entregar al niño.

En Finlandia se dio el caso de una mujer que se comprobó que era gestante y el embarazo tenía alteraciones genéticas importantes. Los futuros padres decidieron interrumpir ese embarazo, pero la madre gestante se negaba. ¿Quién tiene derecho a esa interrupción? Eso también debe quedar claramente establecido. En el caso de que la pareja se separe o que muera uno de los futuros padres, ¿qué tiene que pasar? ¿Quién se va a hacer cargo del niño? Eso también tiene que quedar bien claro. Asimismo, hay que evaluar el caso de embarazo múltiple. Hubo un caso en el que los padres decían:

"No; ahora son dos y yo quiero uno". Entonces, ¿qué hacemos con el otro niño? Eso tiene que quedar específicamente detallado.

En la ley no está estipulada la posibilidad de que tras la maternidad subrogada la pareja beneficiaria pueda disfrutar o no del permiso de maternidad. Eso es lo que vimos hoy. O sea que tiene derecho a licencia por maternidad o los beneficios que le da nuestro país en la parte laboral.

Además, se debe asegurar a la gestante una atención adecuada para el control de ese embarazo y la atención del parto, y definir quién es responsable del mismo. Se debe asegurar que la paciente tenga asistencia y si no, proveerla de una asistencia adecuada para el control de ese embarazo, y también para el nacimiento.

El embarazo puede provocar complicaciones médicas o quirúrgicas en la gestante. Debe quedar establecido a quién corresponden esos gastos. El embarazo se asocia con infección urinaria, hipertensión y una serie de patologías que pueden complicar a la mujer gestante. ¿Quién se hace cargo, no solamente de los gastos, sino también de asistir a la paciente y acompañarla?

Sería necesario regular si el hijo goza de un derecho legítimo de conocer su origen biológico, como sucede en el caso de la adopción.

En definitiva, he planteado controversias y situaciones que podrían surgir a lo largo del proceso de maternidad. La ley debería regular todos esos puntos, para evitar los efectos negativos que es posible causar con esta práctica, que son los que justifican su rechazo. A la vista de esta situación las leyes tienen que cambiar para ajustarse a la nueva demanda social y garantizar una seguridad jurídica, que es el derecho de todo ciudadano. Todavía hay mucho camino por recorrer a efectos de completar los pasos para la realización de esa técnica. Así como está, no deberíamos utilizarla. Son muchas las limitaciones y tendríamos que ajustar los pasos para que, una vez que se autorice un procedimiento, se tengan todas las garantías para las tres partes.

El útero subrogado, en Uruguay, implica el nacimiento de un niño o niña que es gestado por una mujer distinta a la que quiere tener el hijo. Todos sabemos lo que es el instinto maternal y todos tenemos derecho a nuestra reproducción, pero también lo primero que aprendí en medicina es que no todo lo que se puede hacer se debe hacer. Tenemos que hacer aquello que dé garantías al paciente y también a los técnicos que trabajan en esos procedimientos. O sea que es muy importante que nosotros y la pareja estemos cubiertos frente a todas esas situaciones, que no son frecuentes, pero que pueden suceder. No es frecuente el procedimiento, tiene muy baja incidencia, pero cuando existe hay que estar cubiertos antes de hacerlo.

Este tratamiento solo debe realizarse cuando existe un impedimento médico -otra vez, eso es clave para la realización-; debe ser un procedimiento altruista; no debe existir dinero de por medio, salvo una cobertura médica o alguna cosa que quede claramente establecida, y debe regularse la normativa para no dejar baches judiciales. Al igual que donamos órganos o incluso óvulos, se pude ayudar a otra persona a gestar un hijo siempre que exista una indicación médica que lo justifique.

Muchas gracias por la invitación; quedo a las órdenes.

Un dato que no puedo dejar de lado es destacar que ha habido un movimiento importante con respecto a este tema y lo entendemos porque la parte legal y la normativa tienen que quedar muy claras, pero como médico que trabaja en reproducción, debo decir que para nosotros hay otros temas de la ley que son muy importantes y tienen una frecuencia mucho más alta. Nosotros presentamos un proyecto de ley sobre

endometriosis que redactamos con el doctor Pablo Abdala. Esa iniciativa entró, justo vino la pandemia y, seguramente, eso es lo que lo ha enlentecido. Hay cosas que son mejorables, por ejemplo, incluir o no tratamientos de diagnóstico preimplantacional, lo que no está cubierto.

Además, hay una serie de situaciones -dentro de ellas estas que les comenté- que también deberían tenerse en cuenta cuando hagamos una modificación de la ley, para no solo modificar esto. Cada vez que se modifica la ley es muy complejo. Entonces, seguramente, a través de la sociedad de reproducción o de los profesionales que trabajan, de un respaldo legal ya hacer una modificación general y completar esos datos que nos están faltando.

Quedo a las órdenes por si quieren hacer preguntas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quedó muy claro. Vamos a revisar esa ley de la que usted habla.

SEÑORA VERNOCCHI (Rita).- Es la Ley de Endometriosis, que se presentó en 2020.

SEÑORA PRESIDENTA.- Gracias; al proyecto de ley lo vamos a buscar.

Tiene la palabra el señor diputado Daniel Peña.

SEÑOR REPRESENTANTE PEÑA (Daniel).- Gracias.

Voy a ser breve, ya la molestamos tres veces, pero finalmente se dio, por suerte.

Somos conscientes de que hay mucho más para solucionar que esto, pero esto forma parte de trabajar con base a la igualdad de todos ante estas posibilidades.

La misma pregunta que hice anteriormente. Si bien es de baja incidencia en el país, sí existen en el país muchos uruguayos que optan por subrogar fuera del país. Nos gustaría dejar en actas de sí existe hoy, o por lo menos cuál es la opinión de alguien que está en esto, de que existe la subrogación fuera del país, que hay muchas familias que optan y que, sobre todo, si existen muchos casos en los cuales el Estado, en la misma ley, estamos apostando a un proceso de reproducción asistida que muchas parejas deciden hacer con edades donde el nivel de éxito no es ciento por ciento efectivo. Lamentablemente, a veces las parejas que tienen dinero lo pueden hacer fuera del país, pero las parejas que no, a veces contando con amigas, defendiendo que el Uruguay no debe ser un lugar de vientre de alquiler, pero sí hay un montón de otras opciones que, de repente, podemos hacer con base a la igualdad ante la ley, y a que tengamos una actitud más proactiva.

Quería una descripción de lo que está pasando hoy y si estas modificaciones van en la dirección correcta.

SEÑORA VERNOCCHI (Rita).- A ver: en nuestro país el primer punto clave es que aprobó o se autorizó la realización del útero subrogado.

Creo que ahora le tenemos que dar mayor normativa a esa situación.

Sí es cierto que hay parejas que viajan. Es muy poco frecuente porque el costo es elevado. Inclusive, hay una lista de costos por países, donde dicen cuánto sale. Pero hay que tener en cuenta otra situación.

Si bien técnicamente esto no es complejo, la fertilización *in vitro* tiene sus complicaciones. Puede haber una hiperestimulación en la mujer, que es donde se le sacan los óvulos. También en el tema de la embarazada, ya que puede tener sangrado o un aborto. Entonces, la situación ideal sería que en su lugar de vida ella pueda acceder al

tratamiento que, de hecho, la ley dice que puede realizarse. El problema es que eso no está regulado acorde a cómo debería para que la paciente pueda acceder.

El procedimiento en este caso, si se realiza a través del Fondo Nacional de Recursos, sabemos que tendría un costo accesible, porque los costos de dichos procedimientos están de acuerdo a los ingresos. En ese caso, podía llegar a acceder a hacerse el tratamiento. No por eso significa que el costo es mayor. El costo aumenta, porque hay que controlar ese embarazo. Pero sí se están haciendo fuera del país. Inclusive, tienen como una industria para promocionar que la gente vaya a realizárselo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Le agradecemos muchísimo, doctora. Un gusto.

(Se retira de sala la doctora Rita Vernocchi, directora del Centro de Reproducción Humana del Interior)

(Ingresan a sala el señor director del Centro de Esterilidad Montevideo, doctor Gerardo Bossano, y la doctora Dana Kimelman)

——Damos la bienvenida al director del Centro de Esterilidad Montevideo, doctor Gerardo Bossano, y a la doctora Dana Kimelman.

Primero que nada, les pedimos disculpas porque venimos atrasados con la agenda. Vamos a tratar de ser concretos, porque todavía nos queda una delegación.

Les damos la palabra para que puedan comentarnos acerca de este proyecto de ley que tenemos en carpeta.

SEÑOR BOSSANO (Gerardo).- Yo estuve leyendo los artículos que quieren modificarse de este proyecto de ley. Nosotros estuvimos desde la primera instancia con el doctor Alberto Cid en la formación de la primera ley, y la única que después se aprobó.

Le estábamos comentando recién a la doctora Dana que en el exterior esta ley fue muy bien vista. Nosotros tuvimos que hablar en Chile, en Perú, en Argentina y en Brasil sobre la ley que fue aceptada acá.

Dentro de todo lo que se puede es abarcativa, y con una calidad de trato que está muy bien hecha. Creo que es modificable; hay cosas que son modificables por el hecho de que no fueron contempladas o porque con las técnicas que había en ese tiempo no había posibilidades de obtener otros diagnósticos. La reproducción va mucho más rápido que cualquier otra cosa. Eso hace que este tipo de modificaciones que están planteadas en estos dos artículos nos parezcan muy buenas.

A lo largo de los treinta y pico de años que hacemos esto, en los últimos cinco nosotros hemos tenido numerosos pedidos de pacientes para hacer la subrogación. Entre los que hemos tenido que hacer, hicimos una sola, porque es muy difícil -como dicen acá los que están trabajando en la ley- poder llenar el articulado; porque es difícil conseguir que sea la hermana, o la cuñada o la generación esa. Entonces, eso limita de forma importante a quienes está dirigido. No es contemplativa para todos igual. Es bastante difícil poder armarlo. Pudimos hacer una sola, que después lamentablemente abortó a las catorce semanas. Pero no es muy fácil poder conseguir el útero subrogado.

Cada vez hay más situaciones que lo indican, como la miomatosis uterina, el múltiple aborto de la paciente que no puede hacer otra cosa y recurre a que no puede modificar su lecho y necesita de un útero subrogado.

Hemos tenido que mandar a algunos lugares del exterior, sobre todo en Estados Unidos, donde hay centros que lo trabajan y lo admiten. Son estados que lo tienen reglamentado, otro no. Esa situación le ha ido bien.

Es una técnica que hay que tener, manejar con la amplitud que sea necesaria y reglamentar, para que no se dé lo que se llama comercio, pero sí haya posibilidades de que se ejerza. Además, esa posibilidad permite que las parejas que no estén conformadas por un varón y una mujer, sino por dos varones que quieran tener un hijo puedan utilizar un útero de ese tipo. Conocemos casos muy cercanos que lo han hecho en el exterior y son muy felices por los resultados obtenidos.

También vemos que las personas normales que podrían tener la chance de salir no pueden pagar US$ 200.000. Entonces, me parece que no estamos pensando en todos los beneficios que se pueden dar para solucionar esta situación.

Inclusive, teniendo en cuenta esta modificación, que es muy puntual con respecto a la subrogación, quiero plantear a la Comisión algo que es muy importante, y por eso vine acompañado por la doctora Kimelman, que hace oncofertilidad. En realidad, muchas pacientes con determinados problemas oncológicos ven limitadas sus posibilidades de reproducción porque tienen que ser tratadas, y al hacerlo mejoran, por lo que a veces tenemos la necesidad de obtener sus óvulos para vitrificarlos antes de iniciar el tratamiento para el problema cancerológico.

Entonces, creo que esas son las modificaciones que se le pueden hacer a esta la ley, como la de la subrogación, que podrían tratarse a este nivel, que es el que decide, a dónde va, quién la reglamenta y cómo lo hará. No quiero decir que este tema deba incluirse, pero lo menciono porque es importante, ya que se debe tener en cuenta todo un diseño del tratamiento. La doctora Kimelman se especializó en Estados Unidos sobre esta temática, y en el Centro de Esterilidad está desarrollando todo esto. En realidad, lo que no queremos es que sean mecanismos de excepción; no queremos que las pacientes tengan que ir al Ministerio de Salud Pública a solicitar una excepción para poder ser tratadas. Por ejemplo, una mujer de treinta y cinco años que tiene cáncer de mama y desea guardar sus óvulos, un tema que también queríamos plantear, porque creo que se maneja de esa manera.

Por otra parte, teniendo en cuanta a lo que hemos venido, quiero decir que me parece que la modificación que se pretende llevar a cabo es buena.

Además, quiero saber qué pasa con el atraso que hay con respecto al derecho filiatorio, porque nosotros vamos muy adelante en lo reproductivo, pero también hay que tener en cuenta el derecho filiatorio; se debe establecer quién es la madre, de quién será el apellido, y qué ocurre cuando, por ejemplo, hay dos embriones, ya que a veces uno está formado con el esperma de una persona -del banco-, y el otro óvulo con el de otra persona -banco-, y los transferimos a un útero que es normal, es decir, que no es subrogado. ¿Qué derechos tiene el niño que nace de ahí? ¿Cómo es la filiación de ese niño, a quién va?

Por ejemplo, tengo una paciente que tenía el mismo apellido; el esposo era hermano de esta señora y tenía el mismo apellido del padre. Pero el niño que gestaba la señora, que era abortadota habitual y que iba a recibir el óvulo de la cuñada, casualmente -al final, a las catorce semanas abortó- iba a llevar el apellido Rodríguez de su parte y Rodríguez por el hermano. Este es un caso, pero no siempre se da así.

Entonces, el derecho filiatorio tiene que evolucionar también. En realidad, hoy en día la situación es muy compleja para apuntar a ese niño, cambiarle el nombre. Además, hay que tener en cuenta cómo se lleva adelante la parte psicológica, la situación matrimonial, y cómo se lleva ese planeo legal del producto que sale de ese útero subrogado, de un procedimiento de inseminación, fertilización o reproducción asistida de alta complejidad.

Así pasa también con otras técnicas que hemos adquirido en el diagnóstico preimplantacional de los embriones, que también es importante ir viendo cómo se trata el tema en estas Comisiones, que es la que va a decidir qué va a pasar.

SEÑOR REPRESENTANTE DASTUGUE (Álvaro).- Quisiera saber si en el ejemplo que puso, el aborto se dio por problemas de salud o por decisión de la mamá.

SEÑOR BOSSANO (Gerardo).- El embarazo era querido; tuvo un aborto espontáneo por una insuficiencia placentaria, en ese momento, coriónica nomás porque no había placenta definida. Esta paciente perdió el embarazo a las catorce semanas, y lo lamentó mucho. De todos modos, no lo volvió a repetir, porque dijo: "Esto lo hago solo una vez".

No es fácil para la persona que va a dar un óvulo para un integrante de la familia, que al final van a ser tía y sobrino. ¿Qué relación tiene? ¿Cómo va a ser el apellido? Es toda una mezcla que tiene que ser definida y establecida a priori.

SEÑORA KIMELMAN (Dana).- En primer lugar, agradezco al doctor Bossano por permitirme compartir estos minutos con ustedes.

Soy ginecóloga, especialista en oncofertilidad y trabajo en el Centro de Esterilidad Montevideo.

Simplemente quiero hacer un comentario con respecto al proyecto de ley. En lo personal, creo que hay que diseñar leyes y acompañarlas de una normativa que brinde mayor seguridad para todos los involucrados en el proceso, ya sea los padres intencionales, la persona que va a llevar adelante la gestación, y el producto de la gestación. Sin duda, no es a través de la prohibición o de la restricción que vamos a evitar lo que todos queremos evitar, que es la comercialización o la explotación de las mujeres que van a gestar. Me imagino que todos estamos en sintonía en cuanto a que eso es lo que queremos evitar.

Sin duda, la legislación tiene que ser eficaz, con marcos legales sólidos para todos los tipos de gestación subrogada que pueda haber. Además, debe haber apoyo a la integridad física y emocional de todos los implicados en el proceso.

Por supuesto, la ley de reproducción asistida que actualmente tenemos en Uruguay es una norma que todos celebramos ya que ha brindado muchas oportunidades a muchos uruguayos y nos hace pioneros a nivel internacional. Sin embargo, si bien celebramos que se contemple la regulación de la gestación subrogada dentro de la ley, hay cosas que se deben modificar y asuntos que resolver y repensar.

En primer lugar, pensar por qué las personas que pueden se van al exterior para recurrir a la subrogación uterina; claramente, en Uruguay hay algo que es muy restrictivo.

Por otro lado, debemos tener en cuenta qué pasa con los acuerdos intrafamiliares. En realidad, el vínculo familiar queda exigido por una ley que trata de evitar la comercialización, pero eso trae dificultades, teniendo en cuenta la poca información que existe sobre los acuerdos intrafamiliares, que pueden ser conflictivos y es una solución que, a nuestro entender, como sociedad de reproducción, no está bien.

También es muy discutible la restricción que existe para parejas homosexuales, para parejas de varones, que es algo que, sin duda, debe modificarse.

Respecto a la redacción, creemos que limitar a una decisión que tome la Comisión Honoraria de Reproducción Humana no estás bien, ya que debería estar integrada por especialistas en salud mental que evalúen a todos los involucrados en la gestación subrogada.

Básicamente, quería decir que celebramos que la subrogación uterina esté incluida en el proyecto de ley, ya que teniendo en cuenta cómo está redactada la ley actual es algo que debe modificarse. De todos modos, tenemos nuestros reparos con respecto a la redacción del proyecto, porque debe tratarse de que no siga siendo restrictivo para las parejas homosexuales y que no quede todo depositado en la opinión de una Comisión a la que, a nuestro entender, le faltan integrantes.

Por último, quería mencionar -como decía el doctor Bossano- que soy especialista en oncofertilidad, y me encuentro a diario con pacientes que por causa oncológica pierden su útero a edades muy tempranas que, inclusive, tienen menos de veinte años. A estas pacientes hoy no les estamos brindando soluciones. No pueden hacer tratamientos de preservación de fertilidad, porque los métodos de preservación de óvulos no están financiados por el Fondo Nacional de Recursos por haber quedado por fuera de la normativa y de la reglamentación de la ley. A su vez, si quisieran recurrir a una gestación subrogada, muchas de ellas no podrían hacerlo por no cumplir con los requisitos familiares que determina la ley, tal como hoy está redactada.

SEÑOR REPRESENTANTE PEÑA (Daniel).- Quiero agradecerles por asistir, y pedirles disculpas por haberlos convocado por tercera vez; hoy al final se concretó.

Creo que está clara la visión de ustedes. Prácticamente, todas las clínicas ya han hablado sobre el tema. Nosotros hemos preferido mantener el ámbito de la Comisión para tocar lo menos posible algo que ha funcionado bien. Lo que queremos es solucionar problemas, no agregarlos. Me gustaría que nos pudieran hacer llegar -puede no ser ahora- una posible redacción de la modificación a la Comisión, la cual vamos a recibir después, ya que no son los únicos que se han referido a este tema.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos por su visita, y le volvemos a pedir disculpas por haberlos convocado por tercera vez.

Lo que nos quieran hacer llegar lo estudiaremos con gusto.

Quedamos en contacto.

SEÑOR BOSSANO (Gerardo).- Por favor, gracias a ustedes.

(Se retiran de sala el señor director del Centro de Esterilidad Montevideo, doctor Gerardo Bossano, y la doctora Dana Kimelman)

(Ingresa a sala el señor presidente de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida del Ministerio de Salud Pública, doctor Rafael Aguirre, acompañado de las doctoras Virginia Chaquiriand y María José Salessi)

SEÑORA PRESIDENTA.- La Comisión le da la bienvenida al señor presidente de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida del Ministerio de Salud Pública, doctor Rafael Aguirre, acompañado de las doctoras Virginia Chaquiriand y María José Salessi, a efectos de conocer su opinión sobre un proyecto de ley que tenemos a estudio.

SEÑOR AGUIRRE (Rafael).- Antes que nada, quiero señalar que soy el asesor responsable del Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y, como parte de dicho Ministerio, integro la Comisión Honoraria y la presido por ser su representante, como marca la ley.

Además, he venido acompañado por la abogada María José Salessi, representante por el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, y la ginecóloga Virginia Chaquiriad, representante por la Facultad de Medicina dentro la Comisión.

Lo primero que nos gustaría aclarar es que esta es una Comisión que funciona dentro del Ministerio de Salud Pública, pero está integrada por distintos organismos o representantes de distintos estamentos de la sociedad. Forman parte el Ministerio de Salud Pública; el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos; el representante de la Facultad de Medicina; un representante de la Facultad de Derecho, en este caso del Instituto de Derechos Humanos de la Udelar; un representante de la Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana; un representante del Colego Médico del Uruguay, y un representante del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada.

Por lo tanto, hay que entender que las opiniones de la Comisión responden a esta diversidad de integración. La opinión de la Comisión puede no ser la opinión del Ministerio de Salud Pública. Y esa es una de las cosas que, como Comisión, nos gustaba destacar. Creo que es importante que a la hora de recibir aportes y comentarios se pueda consultar también al Ministerio de Salud Pública como tal, a los organismos, a las facultades y a los integrantes, porque la opinión que se logra muchas veces por consenso y por votación de la Comisión puede no ser la de las instituciones que la integran.

Además, esta integración surge en base a los cometidos que la ley le estableció, que tienen que ver con establecer una mirada amplia y diversa de los aspectos que trascienden los temas médicos, y por eso hay abogados, usuarios, médicos, que buscan llevarlos adelante.

Nosotros tuvimos una reunión de la Comisión a fines del año pasado cuando tuvimos la convocatoria frustrada. Hoy en día, como Comisión no tenemos una opinión definitiva sobre este proyecto. Sí debemos decir que gran parte o muchos de los integrantes de la Comisión consideran que los requisitos que hay para la gestación subrogada en la ley actual son muy restrictivos, que debería plantearse y discutirse un cambio. Quizás, esto explica el bajo número de solicitudes. Además, la Comisión analiza que los casos de solicitud de gestación subrogada -que los elevan las clínicas- encuadren dentro de lo que marca la ley. Al principio hubo un poco de confusión y, a veces, hasta los usuarios iniciaban un expediente. Obviamente, si uno leía la ley, no había relación de parentesco, no estaban dadas las condiciones

Además, la Comisión estableció una serie de documentación que tiene que presentar el usuario a través de la clínica, para que poder evaluar las condiciones de diagnóstico, médicas, psicológicas y legales que establece la ley para aprobar los casos.

Ha habido pocos casos presentados; son seis, de los cuales solamente dos se aprobaron. Para que tengamos una idea, no hay ninguno que haya progresado a un tratamiento de gestación subrogada.

Tengo en mi poder un punteo de las cosas que estuvimos discutiendo en esta Comisión y surgen algunas preocupaciones. La primera cosa que nos preocupa es que es un proyecto que no aporta criterios, condiciones, requisitos, garantías o documentación que permitan evaluar si ese acuerdo de partes que va a ocurrir con vista a la gestación subrogada es pertinente o legal. La comisión considera que deben ser cosas establecidas en la ley y no en la reglamentación. ¿Por qué? Porque tiene que ser muy claro el caso a la hora de que una comisión lo analice.

Por otra parte, la comisión, con la integración de hoy, difícilmente puede asumir la responsabilidad de analizar estos casos. Muchas de las cosas que la comisión honoraria pretende evaluar es si hay lucro o no en el proceso. Comisión honoraria significa que la gente que la integra participa honorariamente de, dejando de trabajar, dejando a su familia, es decir, un montón de cosas, y asumiendo una responsabilidad, con el

compromiso que, sin duda, esto involucra. En el caso de que tengamos que analizar cosas que van más allá, que tienen que ver con un análisis sobre lo que está ocurriendo según el caso que se presenta, quizás esto no tendría que estar en una comisión honoraria sino en algún tipo de estamento del Estado, con una integración y herramientas que permitan hacer ese análisis y llegar a una conclusión, porque acá hay aspectos legales, aspectos económicos y éticos que es necesario considerar en cada uno de los casos. Puedo asegurar que los casos que se presentan muchas veces son muy distintos y con muchas aristas que se tienen que considerar desde diferentes lugares.

Por último, nos parece importante dar a conocer que esta comisión, dentro de los cometidos que estableció la ley, ha hecho propuestas al Ministerio de Salud Pública sobre otros aspectos que tienen que ver con la reproducción humana. Entre ellos hay tres expedientes que ustedes los tienen punteado por ahí. Uno que tiene que ver con el método ROPA en el Uruguay. El método ROPA es la Recepción de Ovocitos de la Pareja, que es un tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad, que se da en el caso de dos mujeres: una porta el óvulo y, la otra, lleva el embarazo adelante, que tiene algunas cosas que a nosotros nos preocupan desde el punto de vista legal, además de la cobertura de la prestación: todo lo que tiene que ver con oncofertilidad y diagnóstico genético preimplantacional, que no está en la ley y, por último, todo lo que tiene que ver con la criopreservación y el destino de los gametos y de los embriones. Hoy en día hay una situación bastante complicada: hay muchos gametos y embriones cuyos responsables se han deslindado de su relación con ellos, de sus cuidados. Hoy muchas clínicas tienen gran cantidad de embriones congelados, cuyos responsables no están o no responden, y la ley no establece qué hacer con ellos, es decir, si se pueden descartar o donar. Ahí hay un tema que la ley debería marcar, porque se está generando un problema *in crescendo*. Hoy en día no ha detonado este asunto porque las clínicas han tomado la decisión de mantener esa criopreservación, pero hoy en día ya hay embriones que hasta han perdido su utilidad desde el punto de vista médico, y al haber un vacío legal, no se está actuando. Pensamos que a la hora de discutir o rever una ley, hay otros aspectos que son bien importantes. El vientre subrogado sin duda es un tema importante pero de muy baja frecuencia; quizás tenga mucha repercusión. Hay otros temas que se dan con mucha más prevalencia, que son muy importantes pero no están tan arriba de la mesa porque se están gestionando de alguna manera pero que tendríamos que tener en consideración.

SEÑORA SALESSI (María José).- Quiero agregar algo a lo ya expresado por el doctor Aguirre, que claramente recoge el punteo que hizo la comisión. En realidad, nosotros vemos que es un proyecto que tiene claramente un tema de fondo, que es pasar de un criterio restrictivo, si se puede decir así, que es el vigente, a un criterio absolutamente amplio cuando, en verdad, el proyecto habla de acordar con otra mujer, con todo lo que ello implica. A su vez, ese cambio trae consecuencias directas en el accionar de la comisión, tal cual manifestó el doctor Aguirre. Si bien hoy en día son pocos los casos que se presentaron a la comisión, queda claro -porque así fue establecido en el seno de la propia comisión, siguiendo lo dispuesto por la norma- cuáles son los criterios donde la comisión puede expedirse y decir que tal situación está o no contemplada en la ley. Además de criterios estrictamente médicos y de las evaluaciones psicológicas, desde el punto de vista legal, hoy en día en el marco legal actual, tenemos criterios formales, o sea, el parentesco se prueba y nosotros sabemos a través de dicha prueba, si esa situación está contemplada o no. Este criterio absolutamente formal y objetivo de análisis, cambia tremendamente en el proyecto donde, en realidad, si bien por un lado en la justificación o exposición de motivos se dice que la comisión ampliará sus competencias o sus facultades, le atribuye una responsabilidad muy amplia, pues se dice que se tiene

que expedir en forma concluyente e inapelable. Además de calificar fuertemente ese dictamen, si este proyecto prospera tal cual está, la comisión no cuenta con elementos objetivos formales para decir que tal o cual cosa cumple o no con la ley. Casi que tendríamos que ser un cuerpo de investigadores donde podemos salir a ver si realmente ese caso que se plantea o presunto acuerdo que se plantea entre partes está o no fuera de la ley, si hay lucro o no, si es realmente altruista o no. Entonces, la modificación propuesta -más allá del tema de fondo que es ampliar y cambiar radicalmente desde mi punto de vista lo que es la subrogación- claramente tiene una incidencia directa en el funcionamiento de la comisión. Tal cual como dijo el presidente, hoy en día la comisión no está en condiciones de asumir ese rol, por la estructura que tiene y porque el proyecto en sí mismo no le da garantías de funcionamiento. Va a tener un funcionamiento muy difícil, tal cual lo pide la norma.

SEÑOR AGUIRRE (Rafael).- Otro punto que hay que entender es que la mujer que actúa como gestante subrogada está asumiendo un proceso que tiene riesgos. Un procedimiento de reproducción humana asistida de alta complejidad como el que se requiere es un procedimiento que tiene morbilidad y mortalidad propia. En el mejor de los casos, el resultado es un embarazo de alto riesgo porque hay un montón de patologías que se ven con mayor prevalencia en estos casos. Además, implica todo un proceso que requiere disponer del tiempo de esa mujer para hacerse tratamientos hormonales, procedimientos diagnósticos, transferencias, realizar controles. Entonces, cuando uno lo plantea dentro del seno familiar, entiende que ahí hay una motivación muy clara de por qué una mujer asumiría todos esos riegos, dado que hay una motivación dentro de su propia familia para que un familiar logre ese embarazo tan deseado. Pero, obviamente, este criterio lleva a esta limitación que hoy tenemos, que nos está encorsetando. Cuando lo queremos ampliar, debemos entender que para todas aquellas mujeres que quieran actuar como gestantes subrogadas esto implica un montón de cosas. ¿Y dónde está el límite de dar a esa mujer una retribución -llamémosle así- o algo que compense todo eso que está haciendo? Donde está el lucro, es muy difícil. ¿Se entiende? Y dejar eso en manos de una comisión que determine dónde está la línea delgada roja de un dinero que puede haber para compensar el lucro cesante, los riesgos y todas las cosas que implica hacerse el tratamiento y llevar el embarazo, dónde hay un lucro que va más allá de eso, por lo menos, para mí, es muy difícil de establecer si no hay claras directivas desde el punto de vista legal.

SEÑOR REPRESENTANTE PEÑA (Daniel).- Les agradezco que estén, puesto que esta es la tercera convocatoria; les pedimos disculpas.

Nosotros no estamos cambiando ningún criterio en base a lo que existe. La misma gratuidad o las mismas condiciones son las que hoy debe tener la Comisión para investigar la relación con una hermana o con una cuñada. Acá, simplemente se amplía cuál es la persona que va a traer la pareja, que debe demostrar a la Comisión lo mismo que debe demostrar hoy una persona. Nada indica que porque sea su hermana no exista una relación económica, algo que también marca la ley.

Obviamente, tomo nota y es bueno saberlo porque tal vez haya que ver que sea otro organismo el que decida esto y no la Comisión. Si ese es el planteo, tal vez habría que analizarlo.

Sabemos la demanda que existe. No sabemos si la Comisión -calculo que sí- es consciente de que hay una demanda alta en el país, sobre todo en base a que hay muchos tratamientos y que muchas de estas cosas suceden fuera del país; no es algo que no suceda. Hay muchos uruguayos que hoy, si tienen dinero, lo hacen fuera del país. Además, hay muchos uruguayos que, si no tienen dinero, simplemente dejan estos

embriones, y ese es otro de los problemas que nos planteó usted. Sabemos que hoy quedan en las clínicas prácticamente abandonados, se tiran, o no sé cuál es el procedimiento. Seguramente tengamos que resolver eso.

SEÑOR REPRESENTANTE SODANO (Martín).- Sabemos que se trata de una comisión honoraria y que se planteó el tema de la infraestructura y de las obligaciones que generaría todo esto a la comisión.

En cuanto a la ley vigente, quiero saber si tienen conocimiento de la cantidad de solicitudes que se hicieron para este tipo de tratamiento y cuántas se aprobaron a la fecha.

SEÑOR AGUIRRE (Rafael).- Voy a contestar de atrás para adelante. Sí, lo sabemos. Son seis, de las cuales se aprobaron dos.

Deben tener claro que solo se presentan a la Comisión -porque así lo definió- los casos que en principio aplican. Puede haber un montón de personas, de mujeres, de parejas que requieren una gestación subrogada, pero si no tienen un familiar y no lo presentan hay una demanda que uno no puede estimar. Cabe aclarar que a nosotros nos llegan casos que, si los negamos, es porque algo no era correcto. Estamos viendo la punta de un iceberg: abajo, seguramente, hay una gran demanda.

En cuanto al tema económico, el proyecto no cambia, pero deben tener claro que va a ser muy difícil. Además, seguramente, si no se reglamenta eso, va a generar arreglos por detrás. Eso es así. Uno puede decir que esto es altruista, honorario, pero esto implica, para la mujer que lo hace, riesgos y costos de su propio bolsillo. Eso es no tener claro que inevitablemente tiene que haber alguna moneda de cambio en todo esto. Si no, vamos a generar mecanismos para ocultar relaciones que tengan que ver con esto.

Vamos a ser claros. La donación de gametos -de espermatozoides y de óvulos- es altruista, pero se paga a la gente, aunque poco. Nadie se va a hacer rico haciendo eso, pero la persona pierde un día de trabajo -se tiene que hacer estudios de infecciones de transmisión sexual, tiene que ir a hacer la donación- y le implica disponer de tiempo y afrontar ciertos costos. ¡Eso ocurre! Seguramente la implicancia sea mucho menor, pero todo debe tener una contraparte, sobre todo cuando hablamos de procedimientos de alto riesgo.

Entonces, establecer eso -perdonen la palabra- me suena muy romántico, pero no es real.

SEÑORA CHAQUIRIAND (Virginia).- Los embriones que están abandonados -por decirlo de algún modo- no es porque sea gente que quiere hacer subrogación uterina y se los quiere transferir. ¡No! ¡No! Son casos excepcionales cuando sucede eso. La inmensa mayoría es gente que ya tuvo sus hijos, que les sobraron sus embriones, que no los quiere donar, que no quiere seguir pagando y que no quiere ser el responsable de "yo los destruí". ¡Sin duda que no!

SEÑOR AGUIRRE (Rafael).- Es raro que una pareja que necesita gestación subrogada se haya hecho un procedimiento que genere embriones. En la realidad no es así. No hay embriones hoy que nosotros conozcamos de pacientes que los tengan congelados. Todos los casos que se han presentado son de pacientes que van a iniciar un procedimiento que requiere generar embriones, como parte del proceso de gestación subrogada. Estamos hablando de mujeres que no tienen útero. Si una mujer no tiene útero, ¿por qué habría de obtener óvulos para generar un embrión cuando sabe que no se lo puede transferir? Esos casos no ocurren.

SEÑORA SALESSI (María José).- Respecto a lo que decía el diputado Peña, si bien se mantiene el espíritu del altruismo y que no exista comercio ni una paga en esto, desde el punto de vista del análisis resulta bastante diferente evaluar una situación que se da en un contexto familiar frente a un vínculo que se da entre una pareja o una mujer sola con otra mujer, tal como establece el proyecto. Son análisis bastante diferentes con elementos absolutamente distintos a la hora de llegar a una conclusión respecto del altruismo o no del acto.

SEÑOR REPRESENTANTE PEÑA (Daniel).- Simplemente, quiero cerrar mi intervención.

Como todo esto va a constar en la versión taquigráfica, podría pasar varios casos a cualquiera de los integrantes de la Comisión -no hablo de poca gente- respecto de embriones congelados o de personas que entraron al proceso previamente. Sobre todo, me refiero a las personas que se les diagnostica cáncer de útero u otro tipo de problemas oncológicos. En esos casos, quedan los embriones. Si no están al tanto, podría enviarles esos casos para que vean que en Uruguay existen muchos ejemplos de parejas que inician estos procesos, pero que lamentablemente después fracasan y quedan sus embriones congelados. En definitiva, la mayoría de los casos que subrogan fuera del país son embriones generados en este país.

Simplemente dejo constancia de esto para que figure en la versión taquigráfica.

SEÑORA PRESIDENTA.- Cuando recibimos a una delegación, la escuchamos, y después realizamos las apreciaciones entre nosotros.

SEÑOR AGUIRRE (Rafael).- Puede ocurrir eso. Es más: ha habido solicitudes de parejas que piden trasladar embriones congelados desde el Uruguay y hacia el exterior para hacerse procedimientos. Eso ocurre. Sin embargo, se trata de una parte ínfima de esa cantidad de embriones que se encuentran hoy congelados -los responsables han sido deslindados, llamémoslos así; porque son los progenitores y otras veces no lo son- en los bancos. El tema venía por ahí. Queríamos aclarar que puede haber algún caso, sí, pero no con el volumen de este otro problema que estamos planteando y que, realmente, por frecuencia y por impacto, a veces, tiene que ser un tema a solucionar, porque en algún momento va a pasar que alguna clínica va a decir: bueno, yo tengo que desenchufar *freezers* porque están con embriones que hoy en día no están atados a ningún procedimiento futuro ni a una relación de responsabilidad por parte de quienes los generaron.

SEÑORA PRESIDENTA.- Queda clarísimo. Vamos a tomar este punteo para hablarlo con la Comisión de Salud.

SEÑORA SALESSI (María José).- Voy a hablar como integrante del Instituto Nacional de Donación y Trasplante, organismo que, por decreto, tiene determinados cometidos vinculados al control de la trazabilidad de los gametos y embriones donados. Quería puntualizar que al instituto llegan determinadas solicitudes o inquietudes de parte de parejas o de mujeres solas para trasladar embriones con el fin de hacer una gestación subrogada en el exterior. Al día de la fecha, han llegado tres casos; lo digo porque, justamente, se está manejando si son muchos o si son pocos. Son tres inquietudes que se presentaron para realizar subrogación fuera de Uruguay.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos muchísimo la visita. Nos quedan pendientes los reclamos; veremos si los podemos trasladar a la Comisión de Salud.

Muchísimas gracias.

(Se retira de sala el señor presidente de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida del Ministerio de Salud Pública, doctor Rafael Aguirre, acompañado de las doctoras Virginia Chaquiriand y María José Salessi)

——La semana pasada vinieron los asesores y estuvimos discutiendo la ley de infancia y adolescencia -lo puse en el grupo-, pero, para dejarlo en actas, si hay preguntas, lo podremos discutir el próximo jueves y tomarnos un tiempo para discutir sobre el proyecto de ley propuesto por el señor diputado Daniel Peña, y creo que debemos integrar a la Comisión de Salud, porque hay algunos temas que nos superan ampliamente. Lo discutimos el jueves que viene, tranquilos, reflexionando sobre todo lo que nos han dicho.

SEÑOR REPRESENTANTE PEÑA (Daniel).- En primer lugar -me animo a decirlo en nombre de la Comisión, porque lo hablamos en el período pasado-, este tema estaba en la Comisión de Salud y se coordinó con esta; en base a que en un año y medio no hubo avances, pasó a ser definido por esta Comisión y es nuestra intención que aquí se defina.

En segundo lugar, le daré la palabra a nuestra coordinadora, ya que nombramos coordinador la coalición y la oposición, como lo hicimos el año pasado, para ir intentando coordinar la agenda en base a los intereses de ambos sectores.

SEÑORA REPRESENTANTE TORT GONZÁLEZ (Carmen).- Con respecto al tema a tratar el día 9, primero tenemos que hablarlo con los asesores que participaron. Honestamente, no lo hemos hecho, no hemos retornado al tema para definir si podemos tratarlo ese día. No queremos fijar ese día porque, quizá, el 9 todavía no hayamos tenido esa instancia. Quiero dejar ese planteo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Lo puse en el grupo y lo planteé porque no hemos tenido, justamente, ninguna devolución; lo puse en el grupo para ver si había alguna pregunta, alguna sugerencia o algún cambio.

Con respecto a lo que plantea el señor diputado Daniel Peña, quien integraba la Comisión de Salud, y que no funcionó, de todas maneras, más allá de cuál es la comisión, son planteos que dan lugar a la integración de ambas comisiones, porque hay cosas que nos superan ampliamente y estaría bueno escuchar a otros diputados que trabajan en el tema de la salud mucho más de lo que lo hago yo, y lo digo personalmente: no soy médica. Capaz que hay otras cosas. Nos plantearon recibir al Ministerio de Salud Pública. Aparentemente, la propia Comisión tiene una posición sobre llamar a diferentes actores que no hemos resuelto; me da la impresión -no sé qué piensan ustedes- de que se abrió un abanico de preguntas que nos hemos hecho a partir de todo lo que ha dicho cada uno de ellos, que me parece que está bueno que podamos hacerlo también en pleno conocimiento de lo que estamos hablando. Por lo menos, marco mis dudas con respecto a lo que sucedió hoy y a las preguntas que nos hicieron varios, no solo estos últimos, sino, todas las delegaciones que recibimos.

SEÑORA REPRESENTANTE TORT GONZÁLEZ (Carmen).- Quiero aclarar que participo en la Comisión Investigadora de Fenapes, por lo tanto, en lo personal, hasta ahí, prácticamente, no puedo tratar el tema en profundidad porque tengo que estar trabajando en la otra Comisión; definitivamente, el día 9 no habré podido hablar personalmente ni me habré podido reunir con los asesores para poder tratar el tema que veníamos discutiendo.

Con respecto al otro tema, le doy la derecha al señor diputado Daniel Peña; lo coordinamos después.

SEÑOR REPRESENTANTE PEÑA (Daniel).- Lo que propongo es, simplemente, hacer la agenda como lo hacíamos el año pasado: coordinábamos reunión a reunión los intereses de cada uno y armábamos el orden del día en base a esa coordinación, que me parece que, en este caso, la tiene que hacer la señora diputada Carmen Tort, en nombre de la coalición, con quien designe la oposición. Así lo coordinábamos e íbamos avanzando para ir en línea con todos.

SEÑORA PRESIDENTA.- No hay ningún problema, señor diputado Peña. Tenemos tres puntos en el orden del día, con el del señor diputado Sodano, con quien estuvimos hablando sobre un tema anterior. Tenemos que definir la agenda para el día 9; algo tenemos que venir a hacer. Esperamos poder conversar con la coordinadora, la señora diputada Carmen Tort, y ver cómo seguimos; por lo menos, hay que darle un seguimiento a los tres temas que tenemos sobre la mesa. No estoy diciendo que lo tengamos que definir el día 9, por supuesto que no; estoy diciendo que debemos ver cómo le damos un sentido a los temas en los que estamos trabajando.

SEÑOR REPRESENTANTE SODANO (Martín).- Lo que quiero agregar, como aporte al tema, es que me parece fundamental que la coalición haga la devolución correspondiente sobre el proyecto que trabajamos con los asesores. Entiendo que, a raíz de la Comisión Investigadora, venimos con un poco de demora en la coordinación, al ser varios partidos políticos no es simple de coordinar, pero los asesores están trabajando en las devoluciones. Así que quédense tranquilos que les vamos a hacer llegar las devoluciones, sin lugar a dudas.

También, volviendo al primer tema que se trató hoy, que es un proyecto de interés personal, ya que la iniciativa es propia, sé que hay devoluciones para hacer sobre ese proyecto, hay legisladores que lo estudiaron, que prepararon devoluciones. Hoy se consideró la palabra del señor comisionado. Creo que estaría bueno aprovechar que ya hay algo más digerido para trabajar el día 9, ya que hoy en esta sala tenemos material para continuar la reunión, porque hay algo para devolver. Creo que es bueno aprovechar eso para el día 9 como agenda y algún otro tema que podamos agregar. Estamos viendo la agenda del día 9; tenemos un conflicto, y es que todavía no tenemos una devolución para el proyecto sobre infancia; creo que es pertinente aprovechar lo que tenemos digerido hasta el momento.

SEÑORA PRESIDENTA.- Discúlpeme, señor diputado Sodano, pero estamos volviendo a la discusión anterior y no lo voy a hacer. Quedamos con la coordinadora y vicepresidenta de esta Comisión, la señora diputada Carmen Tort, en coordinar cómo seguimos porque, es verdad que se trataron tres temas, pero tienen varias aristas en las que tenemos que hacer varias consultas. No sé cuál es el orden del día; lo definiremos con la coordinadora, como quedamos.

No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

≠